

Artículo de Investigación

Expectativa de cuidado de enfermería que tienen las personas en diferentes ámbitos de cuidado

Nursing care expectations based on the area of care

Expectativa de cuidados de enfermagem que as pessoas têm em diferentes áreas de cuidados

Julián **Gómez L.**,¹
Laura **López C.**²

RESUMEN

Objetivo: comprender las características de la expectativa de cuidado de enfermería que tienen las personas en diferentes ámbitos. Metodología: este estudio se realizó a partir de un enfoque cualitativo, con un abordaje descriptivo interpretativo, en el cual participaron 20 personas: 10 en la ciudad de Bogotá y 10 en la ciudad de Medellín, que recibieron atención de enfermería en diferentes ámbitos de cuidado. Los investigadores trabajaron de forma coordinada desde las diferentes ciudades, haciendo uso de herramientas electrónicas como la digitalización de documentos, videoconferencias y redes sociales, las cuales facilitaron los encuentros presenciales. Resultados: se identificaron seis categorías: 1) Estableciendo la relación enfermera paciente; 2) Reconociendo los valores de la enfermera; 3) Reconociendo la experticia de la enfermera; 4) Acompañando el proceso salud enfermedad; 5) Definiendo el cuidado; y, 6) Aportando a la formación de expectativas. Conclusiones: la expectativa de cuidado de las personas está centrada en la necesidad de una atención humanizada y contempla las dimensiones física, emocional, social, espiritual, cognitiva y afectiva, donde la persona espera acciones directas y asertivas de la enfermera. Cada persona tiene un concepto propio de cuidado con base en el cual espera ser tratado, y el ámbito de cuidado no es un condicionante que varíe la expectativa de cuidado de enfermería. Recomendaciones: la formación humanista en los programas de enfermería debe ser incluida de manera prioritaria y suficiente de tal forma que les permita a los profesionales tener herramientas para el abordaje holístico de los individuos y colectivos.

Palabras clave: atención de enfermería, enfermería, investigación cualitativa.

Recibido: 2016-01-15; aprobado: 2016-03-30

1. Enfermero, magíster en Enfermería. Docente Facultad de Enfermería Universidad Antonio Nariño y Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia. juegoleal@hotmail.com
2. Enfermera, magíster en Enfermería. Enfermera asistencial y de programas de Salud pública. Bogotá D.C., Colombia.

ABSTRACT

Objective: to understand the characteristics of nursing care expectations of people in different areas.

Methodology: the type of analysis for this study was interpretive and descriptive; 20 people that received nursing care in different areas were interviewed, 10 in Bogotá and 10 in Medellín. The research team in both cities used electronic tools like digital documents, videoconference and social networks.

Results: six categories were determined 1) Setting nurse-patient relation; 2) Recognizing nurse values, 3) Recognizing the expertise of the nurse, 4) Accompanying the health-disease process, 5) Defining care, and 6) Contributing to the formation of expectations.

Conclusions: the findings differ in the terminology used by the respondents between the two cities; however, the expectation of care is focused on the need for humanized attention and considers that which is physical, emotional, social, cognitive and affective, where the individual expects assertive and direct action from the nurse. Each person has a concept of care with which they expect to be treated, and the geographic location of care is not a determining factor that changes the expectation of nursing care. Recommendations: humanistic education in nursing programs should be included as a priority and sufficiently so to enable professionals to have the tools for a holistic approach to individuals and groups.

Key words: nursing care, nursing, qualitative research.

RESUMO

Objetivo: compreender as características da expectativa de cuidados de enfermagem que as pessoas têm em diferentes áreas.

Metodologia: este estudo foi realizado a partir de um enfoque qualitativo, com uma abordagem descritiva interpretativa. Dele participaram 20 pessoas: 10 na cidade de Bogotá e 10 em Medellín, que receberam atendimentos de enfermagem em diferentes áreas de cuidados. Os pesquisadores trabalharam de forma coordenada a partir das diferentes cidades, utilizando ferramentas eletrônicas como digitalização de documentos, videoconferências e redes sociais, o que facilitou as reuniões presenciais.

Resultados: foram identificadas seis categorias: 1) Estabelecendo a relação enfermeira-paciente; 2) Reconhecendo os valores da enfermeira; 3) Reconhecendo a expertise da enfermeira; 4) Acompanhando o processo saúde enfermidade; 5) Defendendo o cuidado e, 6) Contribuindo para a formação de expectativas.

Conclusões: a expectativa de cuidado das pessoas está focada na necessidade de atenção humanizada e contempla as dimensões: física, emocional, social, cognitiva e afetiva, nas quais o indivíduo aguarda ações assertivas e diretas da enfermeira. Cada pessoa tem seu próprio conceito de atendimento, baseado no qual espera ser tratado, e a área de cuidados não é um condicionante que altere a expectativa de cuidados de enfermagem.

Recomendações: a formação humanista nos programas de enfermagem deve ser incluída de maneira prioritária e suficiente, de tal forma que permita aos profissionais ter ferramentas para a abordagem holística dos indivíduos e coletividades.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem, enfermagem, pesquisa qualitativa.

INTRODUCCIÓN

El cuidado como objeto de estudio de enfermería, es un proceso que se presenta a partir de la relación voluntariamente aceptada entre una persona y/o grupo cuidado y el personal de enfermería. Esta relación involucra una serie de interacciones que aportan experiencias en conjunto y que permiten que el cuidado sea percibido, apreciado y calificado, tanto por la enfermera como por el sujeto de cuidado.

El cuidado es una característica propia de los seres vivos que les permite crecer, desarrollarse y reproducirse. En el ser humano, es una actividad que se extiende desde sí mismo, atravesando el núcleo familiar hasta expandirse a la totalidad de la sociedad. Emerge a partir de una relación establecida entre personas que tienen la necesidad de ser cuidadas y personas que desean cuidar. El cuidado se desarrolla a partir de la comunicación, la inte-

racción y de intentar comprender al otro como perteneciente a un entorno, que determina sus reacciones, sus motivaciones y sus necesidades. La primera persona en describir este fenómeno y denominarlo relación enfermera-paciente, fue Hildegard Peplau (1), quien se apoyó en los cuidados de la enfermería psicodinámica. En su obra, *Relaciones interpersonales en enfermería*, ofrece una definición de enfermería en la que destaca la importancia del enfermero durante el proceso interpersonal, al que define como terapéutico, y en la que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje. “Mientras este reciba cuidados, la meta de la enfermería deberá de apuntar hacia el desarrollo de la maduración personal de ambos” (1).

Posteriormente en 1966, Joyce Travelbee (2) define la relación enfermera-paciente como “una relación Persona a Persona, como una experiencia o serie de experiencias que se dan entre la enfermera/o y el receptor de sus cuidados”. La principal característica de estas experiencias, es que sirven para satisfacer las necesidades de enfermería que presentan los individuos o las familias. En las situaciones de enfermería, la relación persona a persona constituye el medio a través del cual se consiguen los propósitos de la enfermería. Esta se establece cuando el enfermero/a y el receptor de cuidados consiguen un acercamiento después de haber pasado por las diferentes etapas descritas por Travelbee (2) como son: el encuentro original, la presentación de la identidad, la empatía y la simpatía.

Por su parte Boykin y Schoenhofer (3) describen la relación enfermera-persona como:

La respuesta a una invitación directa de cuidado donde la enfermera se arriesga penetrando en el mundo del otro y directamente invita a su paciente a compartir los asuntos más importantes en el momento, a partir de preguntas como ¿Qué es lo que más te importa en este momento, ahora? ¿Cómo puedo cuidarte de forma que sea importante para ti?

Los rótulos y la calificación del cuidado de enfermería por parte de los receptores del mismo han sido motivo de múltiples estudios a nivel mundial, donde de forma general se ha pretendido determinar, descubrir o establecer la percepción del cuidado de enfermería, en diferentes espacios del cuidado, con diferentes tipos de población y en diferentes situaciones de salud. Muchos de esos

estudios mencionan o concluyen la importancia de tener en cuenta las expectativas de cuidado que tienen las personas como eje fundamental para impactar de forma positiva en la percepción que se obtiene del cuidado de enfermería.

En un estudio realizado por Ariza (4), ella sostiene que:

La Enfermería debe preocuparse por estudiar la calidad el cuidado, a través de la percepción de los pacientes, con el fin de generar un cambio en la práctica del cuidado que permita no solo tener en cuenta los aspectos que la enfermera considera importantes, sino además advertir lo que el paciente considera más significativo para su cuidado.

Entre tanto, Cabarcas et al (5), en un estudio hecho en la ciudad de Cartagena, Colombia, en el año 2007 sobre percepción de calidad del cuidado de enfermería afirma que:

El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios recibidos. De esta manera las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio.

Por otra parte Torres (6), gracias a un estudio realizado en la ciudad de Bucaramanga sobre percepción de calidad de cuidado, asegura que:

Enfermería debe preocuparse por estudiar la calidad del cuidado a través de la percepción de los pacientes, con el fin de generar un cambio en la práctica del cuidado que permita tener en cuenta no solo los aspectos que la enfermera considera importantes, sino además, advertir lo que el paciente considera más significativo para su cuidado.

Luz Marina Bautista (7) en un estudio hecho en la ciudad de Cúcuta, Colombia, en el año 2004, menciona que el marco establecido en el sistema de salud colombiano ha favorecido el creciente interés por “considerar la opinión de los usuarios como indicador importante de la calidad de la atención, a fin de brindar una atención acorde a con las necesidades y expectativas de éstos”.

Y finalmente Morrone (8), con base en un estudio hecho en Mar del Plata en el año de 1998, asegura que “la calidad total, presenta en la relación cliente/usuario-calidad, la aceptación que la calidad la define el cliente. Este último es el que valora si lo que recibe coincide con lo esperado en el marco de lo acordado”.

Con base en la revisión de la literatura, se puede afirmar entonces que es realmente importante conocer la expectativa de cuidado que tienen las personas como uno de los elementos que determinan la calidad del cuidado. En todos los escenarios donde se establezca la relación enfermera-persona, la enfermera debe conocer qué esperan los individuos, sus familias y comunidades del cuidado de enfermería. Esas expectativas de cuidado deben ser indagadas y establecidas en los espacios hospitalarios, comunitarios y de formación educativa.

La **Expectativa de Cuidado** se define como todo aquello que las personas esperan recibir por parte de la enfermera durante el acto de cuidado. Tal como lo describe Kant (9) “La experiencia es, sin ninguna duda, el primer producto surgido de nuestro entendimiento al elaborar este la materia bruta de las impresiones sensibles”. Se podría decir entonces, que cuando las personas se encuentran inmersas en una situación de cuidado, instintivamente se plantean o crean una expectativa de cuidado, la cual va ligada a su conocimiento, a experiencias personales anteriores o a sucesos experimentados por personas que pertenecen a su entorno. Esta expectativa bien podría ser positiva o negativa y es uno de los determinantes de la calidad. Esta última es la diferencia entre lo esperado versus lo recibido. Si una persona espera mucho de un servicio y recibe poco evaluará de forma negativa la calidad, pero si el fenómeno se presenta al contrario, es decir, espera poco de un servicio y recibe más, la evaluación será positiva.

El lugar donde se lleva a cabo principalmente ese acto de cuidado se denomina **Ámbito de Cuidado**. Al intentar definir el ámbito de cuidado de enfermería, es posible rescatar algunos apartes de la Ley 266 de 1996 (10) la cual expresa: “El profesional de enfermería ejerce sus funciones en los ámbitos donde la persona vive, trabaja, estudia, se recrea y se desarrolla, y en las instituciones que directa o indirectamente atienden la salud”. En consecuencia, se podría suponer entonces que: el ámbito de cuidado de enfermería se expresa como el espacio en el cual se desarrolla una actividad de cuidado por parte de un profesional de enfermería.

Leininger (11) afirma que “el contexto ambiental incluye múltiples factores tales como las dimensiones física, ecológica, espiritual, sociopolítica, de

parentesco y tecnológica que influyen el cuidado cultural, la salud y el bienestar”. El contexto ambiental da pistas acerca de las expresiones de cuidado, significados y patrones de individuos, grupos y familias. Además de esto, conocer el ambiente en el cual se ha desenvuelto el sujeto de cuidado, facilita el descubrimiento de sus hábitos y la interacción con el mismo, de manera tal que facilita el brindar y recibir cuidado de enfermería.

El propósito de este estudio es comprender las características de expectativa de cuidado de enfermería que tienen las personas en diferentes ámbitos de cuidado, de tal forma que le permita a la enfermera brindar un cuidado contextualizado, oportuno, y acorde a lo esperado en lo científico pero también en lo humano. Justifica su realización en cuanto la literatura reporta un sinnúmero de estudios de percepción del cuidado posterior a la intervención de enfermería, pero no se encuentra evidencia disponible sobre investigaciones que indaguen acerca de la expectativa del cuidado, es decir todo aquello que se espera antes de la intervención, en aras de poder hacer un balance entre lo esperado versus lo recibido y de esta forma, poder medir realmente la calidad del cuidado. Por otra parte, esta investigación pretende aportarle a la disciplina de Enfermería, conocimiento nuevo que le permita responder a las necesidades reales de las personas a partir de sus expectativas y no a partir de los supuestos planteados por los profesionales de enfermería. De esta forma, lograr que el profesional planee, priorice y ejecute las acciones de cuidado, teniendo como eje central las necesidades de las personas y mirando al sujeto como un participante activo.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo, de abordaje descriptivo interpretativo. El análisis descriptivo significa hacer comprensibles las cosas complicadas reduciéndolas a las partes que las componen. El proceso de análisis comienza muy al principio de la recolección de los datos y continúa a lo largo de todo el proyecto. El propósito principal de este tipo de análisis es lograr un entendimiento más profundo, buscar los puntos comunes que se dan entre los participantes, explorar lo que es único

e interpretar el significado de los patrones descubiertos (12).

En el desarrollo de este estudio participaron 20 informantes, cuya principal característica fue la de haber recibido de forma directa cuidado de Enfermería, sin importar el ámbito, la duración o los motivos de consulta. El muestreo fue realizado de acuerdo a lo planteado por Sandoval (13): progresivo y sujeto a la dinámica derivada de los propios hallazgos, es decir, que el número de participantes no estaba previamente determinado sino que se definió a medida que se fue saturando la información.

La información se recolectó a través de entrevistas a profundidad; de los 20 informantes 10 fueron de la ciudad de Medellín y 10 de Bogotá, que cumplían los siguientes criterios de inclusión: personas mayores de edad, conscientes, que hubiesen tenido cuidado directo de enfermería, hospitalizadas en los diferentes servicios de salud o vinculadas a la institución de salud a través de programas especiales tales como hospitalización día, hospitalización domiciliaria y/o programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con o sin experiencias previas de cuidado. Se excluyeron del estudio aquellas personas en estado crítico, inconscientes o que tuviesen alguna alteración psiquiátrica o psicológica en fase aguda.

El proceso de recolección fue progresivo y sujeto a la dinámica derivada de los propios hallazgos (13), hasta que se logró la saturación de la información (14). La selección de los participantes fue intencional; se seleccionaron aquellos que podían ofrecer mayor información sobre la expectativa de cuidado y en el contexto, que permitían reunir mayor y mejores datos en cuanto a pertinencia, adecuación, oportunidad y disponibilidad, según lo sugerido por Mayan (15).

Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas de forma literal en su totalidad, manteniendo intactas las expresiones emic³; además se adicionó

lo etic⁴ por medio de lo cual se estructuró y dio orden a la información. También se garantizó que fueran hechas en un lugar privado y respetando la intimidad; los investigadores mantuvieron una conducta amigable, se evitaron confrontaciones, se mantuvo la escucha atenta de las ideas de los informantes. Los investigadores asumieron una posición humilde y de mente abierta a nuevos aprendizajes y dejaron suspendidas sus creencias y experiencias profesionales en el momento de recolectar la información.

El proceso de análisis se inició con base en la estrategia sugerida por Polit y Hungler (16), de forma simultánea a la recolección de los datos, a partir del análisis descriptivo interpretativo que realizaron los investigadores con preguntas como: ¿qué es esto?, ¿qué ocurre?, ¿qué significa?, ¿a qué se parece? y ¿de qué se diferencia? (16). Al responder estas preguntas emergieron los códigos sustantivos y nominales, y la identificación de las categorías. Es importante anotar que durante este proceso los investigadores mantuvieron una comunicación fluida y continua, a través de videoconferencias, digitalización y envío de documentos; del mismo modo, participaron en asesorías y encuentros en la ciudad de Bogotá. La información fue analizada en varios momentos sin encontrar mayor diferencia en los resultados encontrados y posteriormente se compartieron los datos obtenidos con los participantes.

En cuanto a los aspectos éticos se tuvo en cuenta el Código Deontológico de Enfermería en Colombia y se solicitó el consentimiento informado por escrito, sin “la intervención de ningún elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o sumisión u otra forma distinta de coacción o coerción, según lo dispuesto por la normatividad vigente, para investigación con seres humanos” (17), además de las consideraciones de valor científico, validez científica, selección equitativa de los sujetos, proporción favorable riesgo-beneficio, condiciones de diálogo auténtico y respeto a los participantes. Previamente, el estudio fue aprobado por el comité de ética de las instituciones donde fue llevado a cabo el estudio.

3. Emic: declaraciones verbales relevantes, significados e interpretaciones de informantes en una forma significativa y sin reducir los datos a temas cuestionables.

4. Etic: interpretación que los investigadores le dan a las expresiones Emic.

Para asegurar el rigor metodológico y científico de esta investigación, se tuvieron en cuenta los criterios sugeridos por Leininger (11), dentro de los cuales se encuentran: rigor científico, credibilidad, confirmabilidad, saturación, transferibilidad, preservando significados, interpretaciones e inferencias particulares, es decir, manteniendo lo emic pero además adicionando lo etic, por medio de lo cual se estructuró y dio orden a la información.

RESULTADOS

El estudio contó con un total de 20 informantes, de las ciudades de Bogotá y Medellín, hombres y mujeres de edades diversas, distintos niveles de escolaridad y diferentes ámbitos de cuidado (véase Tabla 1).

Característica	Bogotá	Medellín
Número total de participantes	10	10
Participantes mujeres	4	2
Participantes hombres	6	8
Participantes de consulta externa	0	10
Participantes de hospitalización	3	0
Participantes hospitalizados en casa	7	0
Participantes con escolaridad primaria	1	5
Participantes con escolaridad secundaria	5	4
Participantes con escolaridad universitaria	4	1

Tabla 1. Caracterización de los informantes

Producto del análisis de los datos se obtuvieron seis categorías denominadas: Estableciendo la relación enfermera paciente, Reconociendo los valores de la enfermera, Reconociendo la experticia de la enfermera, Acompañando el proceso salud enfermedad, Definiendo el cuidado y Aportando a la formación de expectativas.

Estableciendo la relación enfermera paciente

Para los participantes del estudio existen aspectos en común esperados del cuidado, que incluyen: ver a la enfermera como una persona grata, en la cual se puedan confiar; que se muestre alegre y que de manera recurrente hable con los pacientes; que

trate a los pacientes en su condición de humanos; que tenga la capacidad de ponerse en el lugar del otro, es decir, en el lugar de la persona cuidada; que brinde un trato amable y respetuoso; y que además, se comporte como persona. Esta categoría surge a partir de expresiones como: *“debe haber como algo que la remarque, que se note la diferencia en las demás, que no haya como ese genio ácido”* (MP6E1 - P3R14).

Para el establecimiento de la relación enfermera paciente, la persona debe reconocer a la enfermera como una persona grata, es decir agradable, generadora de gusto y de complacencia en el cuidado. Según Swanson (18), el cuidado es una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal, la connotación de ser apreciado implica reconocer al otro, sentir algún grado de afecto que conlleva al compromiso y la responsabilidad. Para Boykin y Schoenhofer (3) el cuidado nace a partir de lo que denominan llamada de cuidado, esto es, un llamado al conocimiento y reconocimiento de la persona que vive el cuidado en la situación específica, demanda de la enfermera una presencia auténtica e intencional en la que responde únicamente con un conocimiento desarrollado deliberadamente de lo que significa ser humano. La llamada de enfermería es individual y una forma relevante de decir *“conóceme como persona de cuidados en el momento y quédate conmigo mientras intento vivir completamente tal y como soy”*, lo cual se refleja en la siguiente expresión de uno de los participantes: *“hay unas niñas que son muy tratables, entonces puede uno confiar en decirles: mire, háganme un favor y dicen bueno ya”* (BP3E1).

Según Jean Watson (19), el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos negativos como de los sentimientos positivos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino, y auténtico. La empatía es la capacidad para la experiencia y por lo tanto sirve para comprender percepciones y sensaciones de otra persona y para

comunicar aquellas percepciones. La acogida no posesiva se manifiesta con un volumen moderado del habla, una postura relajada y abierta y las expresiones faciales que deben ser coherentes con el resto de la comunicación. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales (19), estas características son puestas en evidencia en expresiones tales como: *“que le pongan a uno cuidado cuando les habla uno alguna cosa, porque no se les puede ni hablar; que le pongan atención ¿sí? porque les habla uno y parece que hablara uno con la pared”* (BP3E1).

Joyce Travelbee (20) menciona la comunicación como el proceso por el cual la enfermera es capaz de establecer una relación de persona a persona con el paciente y realizar así el propósito de la enfermería. La comunicación como parte fundamental de la interacción es recíproca, puede ser verbal o no verbal; esta última es efectiva dependiente del grado de interpretación de la enfermera a ciertas señales generadas por la persona a la que cuida.

Otro aspecto fundamental es permitir la expresión de sentimientos, tal como lo afirma uno de los participantes: *“lo que quería era llorar, que me permitieran llorar, así fuese que estuvieran al lado mío sin decirme nada pero que estuvieran calladitas al lado mío”* (BP1E1). Para ello, es necesario establecer una relación de confianza entre la enfermera y la persona cuidada. Watson (19), sostiene que compartir sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. Esta primera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos, debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás, tal como lo señala este participante: *“le diría a las enfermeras que de pronto fueran un poquito más humanas, que no sean como tan cortantes, que no lo tomen a uno del pelo, que fueran como más humanas en ese sentido”* (BP2E1). Retomando a Boykin y Schoenhofer (3), el papel de la enfermera es conocer a las personas durante el cuidado, apoyarlas y reconocerlas como personas cuidadas. El cuidado es la expresión de la enfermería y es la presencia intencional y auténtica de la enfermera con otra persona que se reconoce como persona que vive el cuidado y crece en el cuidado.

Reconociendo los valores de la enfermera

Surge a partir de códigos como: vocación, honestidad, hacer las cosas de corazón, gusto por el trabajo, ser profesional y ser ético. Torralba (21), expresa que los constructos éticos planteados por Brykczynska como: la compasión, que consiste en percibir como propio el sufrimiento ajeno; la competencia, la cual se define como estar capacitado para desarrollar la propia profesión de un modo óptimo; la confidencialidad, relacionada con la buena educación, el respeto, la práctica del silencio y por preservar la privacidad del otro; la confianza o la fe en otra persona, en la cual se deben dar pruebas y garantías de confianza con las palabras, los gestos, la eficiencia y la eficacia de la acción que se desarrolla; y la conciencia, la cual significa reflexión, prudencia y cautela, son las virtudes básicas e ineludibles que se requieren para cuidar a un ser humano con excelencia profesional, tal cual como lo solicitan estos participantes: *“Tener, primero que todo el amor por la enfermería, porque si usted va no más a ganarse la plata, pues no. Entonces es el amor a lo que han estudiado y saber llegarle al enfermo”* (MP7E1).

Watson (22) define en su primera premisa que el cuidado y la enfermería han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. El modo como la enfermera concibe a los seres humanos influye directamente en el modo en que se proporcionan los cuidados, la calidad y la formación en los mismos (23), la ausencia de esas características son percibidas por las personas de tal forma que ellas reclaman:

Ya no son dados a su profesión, no sé si se meten porque los obligan o porque no encuentran más. O sea, como les decía anteriormente, no son dados ya a la gente, no quieren hacer su trabajo, o no les gusta (BP4E1).

Reconociendo la experticia de la enfermera

Otra de las categorías identificadas en la información recolectada de los participantes es: reconociendo la experticia de la enfermera, donde las personas esperan que las enfermeras no experimenten con los pacientes, dejando evidencia de ello en expresiones como: *“obviamente pues uno entiende, pero*

de pronto que no experimenten tanto con uno” (BP5E1). Además, los entrevistados otorgan un valor importante al conocimiento que debe tener la enfermera y al desarrollo continuo de ese mismo conocimiento, por ejemplo: “*que si es aplicar una inyección tienen que saber aplicar la inyección; que si es sacar sangre, saber sacar sangre, sin molestar a la persona con otro pinchazo*” (BP4E1). También hacen peticiones tales como:

Que nunca dejen morir como ese aprendizaje, que ellas le pongan todo ese potencial y lo saquen a brillar, a relucir y que, aparte de eso, coloquen como más, que coloquen más cualidades, cosas más chéveres que hagan de este trabajo algo interesante (MP6E1).

Patricia Benner (24) asegura que existe un proceso de adquisición y desarrollo de habilidades que se divide aproximadamente en cinco niveles: a) Principiante, que en la mayoría de ocasiones corresponde a los estudiantes de enfermería, b) Principiante avanzada, que corresponde a las enfermeras recién graduadas, c) Competente, d) eficiente y e) Experto. En la medida que la enfermera modifica y avanza en el tipo de razonamiento y toma de decisiones, avanza en el nivel de experticia. Para Benner la experiencia es un proceso activo de redefinición y cambio de las teorías, nociones e ideas preconcebidas al confrontarlas con las situaciones reales. Implica que existe un diálogo entre lo que ocurre en la práctica y lo que se esperaba. La experiencia se desarrolla cuando el clínico prueba y mejora las proposiciones, las hipótesis y las expectativas basadas en principios en las situaciones reales de la práctica.

Acompañando el proceso salud enfermedad

Esta categoría está soportada inicialmente por los códigos: estar permanentemente, estar pendiente, cuidado oportuno, responder a las necesidades de cuidado, motiva, sustituir funciones, categoría que se basa en expresiones emic tales como: “*me gustaba porque estaba ahí permanentemente, que dándole el tetero al niño, que dándole la medicina, que viendo con qué estaba, que estuviera limpia*” (BP1E1). Swanson (25), en su Teoría de los Cuidados, afirma que existen cinco procesos básicos que dan significado al acto de cuidado, el segundo de ellos denominado *Estar con*, que hace

referencia a estar emocionalmente presente con el otro; incluye simplemente “estar ahí”, mostrando una disponibilidad continua, y compartiendo sentimientos, sean de alegría o dolorosos. *Estar con* va un paso más allá del conocimiento. Es más que entender la plegaria de otro; es estar emocionalmente abierto a la realidad del otro. El mensaje enviado a través de *estar con* es que la experiencia del otro importa para la persona que cuida.

Las personas cuidadas esperan que el personal de enfermería responda a sus necesidades de cuidado tales como frío, calor, sed, hambre, higiene personal, dormir, caminar, alivio del dolor y compañía, entre otras, pero que además lo hagan de forma oportuna, es decir, en la menor brevedad del tiempo posible, sin tener que someterse a largos tiempos de espera o tener que repetir en numerosas ocasiones la misma solicitud, tal como lo demuestran, los relatos de estos participantes:

Les pide uno un favor y de inmediato le hacen a uno el favor. Como hay otras que ya vengo y ya vengo y no vienen. Con las enfermeras no tengo ninguna queja porque uno les pedía el favor y sí lo hacían. Uno bien enfermo y que le digan: ¡ay! ya vengo, eso sí me incomoda. Que sean buena gente con uno, por lo menos cuando les pida uno un favor, pues que lo hagan (BP3E1); y, *Hay enfermeros que por ejemplo uno los llama y dicen sí, ya voy y se demoran 20, 25 minutos para hacer esto* (BP5E1).

Según Kolcaba (26) las necesidades de cuidados de la salud son necesidades para conseguir confort. El confort se define como el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad. Consiste en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de comodidad en los contextos físico, psicoespiritual, social y ambiental; estas necesidades se identifican a partir de la observación y seguimiento de los informes verbales y no verbales, así como necesidades relacionadas con los parámetros fisiopatológicos, necesidades de educación, de apoyo, asesoramiento e intervención financiera (26). La necesidad de apoyo es puesta de manifiesto por este participante “*A veces son muy fuertes para decir las cosas. ¡No, usted no va a volver a caminar!, ya listo; entonces es diferente decir: es difícil Sebastián, pero vamos a lograrlo; a ese punto es a donde yo voy*” (BP5E1).

Henderson (27) afirma que en la relación enfermera-paciente, en ciertas circunstancias, por ejemplo en

una enfermedad grave, la enfermera debe asumir el rol de sustituto de lo que el paciente carece para considerarle completo, íntegro o independiente por ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento; en ese orden de ideas ella afirma:

La enfermera es la conciencia de la inconsciencia, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del ciego reciente, un medio de locomoción para el lactante, la sabiduría y la confianza para la nueva madre y el micrófono para los demasiado débiles o introvertidos para hablar (27).

Definiendo el cuidado

En esta categoría surgen códigos como el significado personal de cuidado, ser tratado como ser humano y estar pendiente; a partir de expresiones importantes, por medio de las cuales los participantes manifestaron que al enfrentarse a una situación de cuidado, el significado del cuidado para ellos está vinculado a la satisfacción de sus necesidades, las cuales se derivan de la esfera física, emocional y espiritual. Torralba (28) manifiesta que el término cuidar es polisémico, es decir, que tiene distintos significados y que resulta filosóficamente distinto el cuidado referido a cosas, que el cuidado referido a personas y deduce que la acción de cuidar personas debe ser mucho más compleja, rica y ardua. Además concluye los cuatro sentidos del término de cuidar por E. Pellegrino en: compadecerse de alguien, ayudarlo a ser autónomo, invitarle a compartir su responsabilidad y su angustia y transformarlo en el verdadero centro de la vida sanitaria (28); aquí el participante deja entrever su definición de cuidado:

Ver en ellos que son seres humanos, ellos son gente, son seres humanos, puede ser su mamá, su papá, qué se yo, un doliente. De saber cómo tratar, hablar suave, pues que si le toca quedarse callada al pie de él viéndolo llorar, pues quédese callada. Ante un paciente todos son uno, pero si tiene 20, a todos 20 los tiene que atender, porque o si no ¿pa que se metió en esas? (BP1E1).

Aportando a la formación de expectativas

Para el desarrollo de esta categoría se unificaron las experiencias de cuidado de los participantes tanto positivas como negativas, las cuales aportaron contenido valioso al corroborar todo aquello que los entrevistados esperan recibir por parte del profesional de enfermería en una nueva situación de cuidado.

Villar E (29), plantea que la calidad en un servicio asistencial tiene dos dimensiones fundamentales: una que podemos llamar calidad intrínseca, y otra, que podemos llamar calidad extrínseca. La primera es tangible, objetiva, observable, se puede medir cuantitativamente, estandarizar, protocolizar y tiene relación con los sentidos. La segunda, en cambio, es intangible, subjetiva, se percibe, pero no puede medirse en términos cuantitativos, no es fácilmente objetivable, difícilmente se puede protocolizar y tiene relación con los sentimientos. Aquí un ejemplo de algunas de las variables tenidas en cuenta por los participantes para cualificar el cuidado:

Yo, esa clínica la califico mal, mi hermano enfermo, el baño sucio, con pañales por el piso mojado con barro y olor a sifón; al tercer día que volví mi hermano ya estaba infectado. Yo me quejé con la enfermera, pues a mí me parecía que el servicio que aquí había no me gustaba (BP2E1).

Torralba (28), plantea que el cuidar es una acción humana, pero como toda acción humana puede adquirir el atributo de bella en el sentido estético del término, además del atributo de buena. No toda acción humana es bella y buena, porque el ser humano es radicalmente ambiguo. Expresa además que desde el punto de vista ético y estético, la acción de cuidar no es una acción neutral, sino criticable, es decir, criticable a partir de un determinado criterio moral (28); he aquí un ejemplo de esos criterios morales:

Es que hay un estigma sobre las enfermeras que yo he escuchado y todos hemos escuchado: que son muy bruscas, que es que son muy fuertes, que es que no les duele, que le hacen al paciente muy duro, pero yo pienso que eso también ha ido evolucionando, eso ha ido cambiando (MP2E1).

Entonces ante la pregunta que guía el desarrollo de esta investigación ¿cuál es la expectativa de cuidado de enfermería que tienen las personas cuidadas en diferentes ámbitos? Se puede afirmar que independientemente de los factores que modifican o contribuyen a la expectativa de cuidado, las personas y/o colectivos esperan que todos los actos de las enfermeras se basen en “cuidado humanizado”, cuya línea conectora o de unión sea la relación entre la enfermera y la persona cuidada, basada en una serie de atributos donde primen los valores y la experticia de la enfermera, donde sea ella quien acompañe permanentemente

el proceso salud enfermedad, donde se respete y se cuide teniendo en cuenta la definición individual de cuidado y donde se aporte a la construcción de expectativas positivas del mismo, estos atributos pueden ser el fin o el inicio de dicha acción. (véase Figura 1). En ese sentido, San Camilo Lelis en algunos de sus apartados manifiesta:

Comparte mis angustias y sufrimientos: aunque no puedas quitarme el dolor, acompáñame. Me hace falta tu gesto humano y gratuito que me hace sentir alguien y no algo, o un caso interesante. Y... cuando hayas hecho todo lo que tienes que hacer, cuando hayas sido todo lo que debes ser..., no olvides darme las gracias (30).

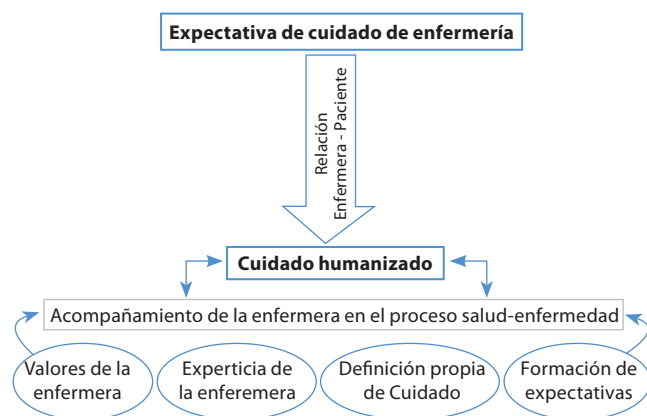


Figura 1: Expectativa de cuidado de enfermería que tienen las personas en diferentes ámbitos. Fuente: propia.

Las personas esperan de las enfermeras en su acción disciplinar, una práctica humanizada. Watson (31) plantea que el objetivo de enfermería debe ser el facilitar a la persona la consecución de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma, que engendre procesos de autoconocimiento respecto a uno mismo, autocuración y autocuidado, al tiempo que alienta un aumento de la diversidad, protección y preservación de la dignidad humana. Humanizar las acciones de cuidado o humanizar el cuidado requiere de un cambio radical en la enfermera que lo brinda, pues debe partir por conocerse a sí misma para poder conocer al sujeto cuidado (31). Esto genera un reto que las enfermeras deben asumir en aras de responder a las expectativas de las personas a las que cuidan.

En concordancia a la necesidad expresada por las personas acerca del cuidado humanizado, Meleis manifiesta que la meta del desarrollo del conocimiento es entender las necesidades de cuidado de enfermería de la gente y aprender la mejor manera

de cuidarlos (32). Muestra además que los individuos y/o colectivos parten de la idea de que el profesional tiene claro su conocimiento en cuanto al desarrollo de habilidades y actividades propias del quehacer de enfermería; sin embargo, manifiestan la necesidad sentida de ser tratados de forma más humana. Molina (33), expresa que el concepto de dignidad humana se refleja en el respeto a la autonomía o a la libertad de autodeterminación de los seres humanos, según su proyecto de vida, considerados fines en sí mismos. Así, hay respeto por la dignidad humana al evitar los riesgos y maximizar los beneficios en la interacción con el sujeto cuidado (27).

CONCLUSIONES

Los hallazgos encontrados en las ciudades de Medellín y Bogotá difieren en los términos utilizados por los participantes, pero no en las expectativas de cuidado de enfermería; esto se hizo evidente en la medida que las expresiones emic de los participantes de ambas ciudades emergieron las mismas categorías.

Siendo que las personas entrevistadas se abordaron en espacios o servicios diferentes, la expectativa no mostró cambios significativos, permitiendo inferir que el ámbito de cuidado no es un condicionante que varíe la expectativa que generan las personas del cuidado de enfermería.

La expectativa de cuidado de enfermería contempla las dimensiones física, emocional, social, espiritual, cognitiva y afectiva. En las personas, esta expectativa está centrada en la necesidad de atención humanizada, donde se tenga en cuenta sus necesidades en forma holística e individual, a partir de establecer una relación con el personal de enfermería, basada en la comunicación asertiva, la empatía y la confianza, e incluyendo valores como la honestidad, ética, gusto por el trabajo y vocación en la práctica diaria del cuidado, con experticia, formación continuada y habilidad técnica.

El cuidado de enfermería es un servicio que genera una expectativa en las personas, la cual está determinada por la personalidad del individuo, el ambiente o entorno que lo rodea, sus condiciones sociales y las experiencias anteriores de cuidados

propios o ajenos y el conocimiento o desconocimiento de la situación de cuidado a afrontar.

RECOMENDACIONES

Enfermería como profesión debe ser partícipe de las reformas al sistema de salud del país, de manera tal que propenda por el reconocimiento del cuidado como parte fundamental en el proceso de salud – enfermedad de las personas.

La formación humanista en los programas de enfermería debe ser incluida de manera prioritaria y suficiente, de tal forma que les permita a los profesionales tener herramientas para el abordaje holístico de los individuos y colectivos.

Las organizaciones de enfermería deben generar estrategias que les permitan identificar las expectativas de sus usuarios a fin de responder a las necesidades de cuidado reales de los mismos.

Enfermería debe trabajar en el proceso de creación de instrumentos validados científicamente que permitan identificar las expectativas de cuidado de las personas en diferentes ámbitos y etapas del proceso salud enfermedad.

Con base en los resultados, se sugiere generar futuras investigaciones encaminadas a construir estrategias para que enfermería contribuya a la humanización del cuidado y logre atender las expectativas que tienen frente a estas personas atendidas y sus familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peplau H, Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. España: Salvat Editores; 1990, pág. 64.
2. Travelbee J. Interpersonal aspects of nursing. Philadelphia: FA Davis 1966.
3. Boykin A, Schoenhofer S. Nursing as Caring A Model for Transforming Practice. United States of América: Jones & Bartlett Learning, 2001 p. 17.
4. Ariza C. Definición de los conceptos estado clínico y situación de enfermería. Rev. Aquichán. Chía Colombia. Año 10; 10(2): 99–114.
5. Cabarcas I, Montes A, Ortega G. Satisfacción del paciente hospitalizado con la atención de enfermería en una institución de salud de la ciudad de Cartagena, Colombia. Rev Enferm [Internet]. 2009 [consultado el 15 de marzo de 2012]; 12(1):8–11. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol120109/Satisfacciondelpacientehospitalizado.htm>
6. Torres C. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizado. Rev. Avances en Enfermería. 2010; 28(2): 98–110.
7. Bautista L. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Rev. Aquichán. Abril de 2008; 8(1):74–84.
8. Morrone B. Calidad de atención: una evaluación desde la percepción de los destinatarios. Rev. de Enfermería del Hospital Italiano. 2003, año 7(19):5–8.
9. Kant I. Crítica de la razón pura. Distinción entre el conocimiento puro y el empírico. 1781. Pág. 27. Traducción: Ribas Pedro. Editorial Taurus. 2005.
10. Congreso de la República de Colombia. Mineducación. gov.co. Ley 266 de 1996, Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Colombia. [Internet] 5 de febrero de 1996 [consultado el 14 de Marzo de 2012] Disponible: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105002_archivo_pdf.pdf
11. Leininger M. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. En: Leininger M, Macfarland RM. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. 2nd. ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett publishers; 2006. p. 1–41.
12. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia; 2003.
13. Sandoval C. Investigación cualitativa módulo 4. Bogotá: ICFES; 1996.
14. Leininger M, Macfarland M. Universalidad y diversidad del cuidado cultural. Cap. 1. Editorial Jones and Bartlett Publisher; 2006. 49 p. Traducción realizada por Juan David Cárdenas Ruiz. 2010.
15. Mayan M. Una introducción a los métodos cualitativos, módulo de entrenamiento para estudiantes y profesores [Internet] 2001 [consultado el 12 de marzo de 2012] Traducción: Cesar Cisneros. Disponible en: <https://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>
16. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. Ed Mc Graw Hill, sexta Edición, México, año 2000.
17. Congreso de la República de Colombia. Resolución 008430 del 4 de Octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para

- la investigación en salud. Unisabana.edu.co [Internet] Bogotá. 04 de Octubre de 1996. [Consultado el 15 de junio de 2012] Disponible en: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf
18. Swanson K. Nursing research. Traducido al español por Cárdenas J. Mayo/junio Vol. 40 No. 3. 1991.
 19. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Boston: Little, Brown; 1979. 321 p.
 20. Travelbee J. Intervention in psychiatric nursing: Process in the one-to-one relationship. Philadelphia: F.A. Davis; 1969. 280 p.
 21. Torralba F. Constructos éticos del cuidar. Enfermería Intensiva. Vol 11, N°3 Julio- Septiembre 2000. P 136-141.
 22. Blog teorías de enfermería. El cuidado. Biografía de Jean Watson [Internet]. 12 junio 2012 [consultado 22 Jun. 2012]. Disponible en : <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.co/2012/06/jean-watson.html>
 23. Berenguer C. Cuidados. Calidad: compromiso del presente. Rev. Enfer. Gerontológica. Asociación madrileña de enfermería gerontológica. junio 2009; 13: 21-25.
 24. Benner P. From novice to expert: excellent and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison -Wesley; 1984.
 25. Swanson K. Empirical development of a middle range theory of caring. Nurs Res. 1994; 40(3): 161-166.
 26. Kolcaba K. A theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advanced Nursing. 1994; 19(6):1178-84.
 27. Henderson V. The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education. Vol. 497. 2 ed. Michigan: Macmillan, 1966.
 28. Torralba F. Esencia y sentidos del cuidar. Antropología del cuidar. España: Instituto Borja de Bioética; 1998. 374 p.
 29. Villar E. Humanizar en condiciones adversas. En: Bermejo J. Salir de la noche. Por una enfermería humanizada. España: Sal Terrae; 1999. p. 238.
 30. Lelis C. Decálogo de los servidores de los enfermos en: Siervas de los corazones traspasados de Jesús [Internet]. [Consultado el 23 de junio 2013] Disponible en: http://www.corazones.org/santos/camilo_lelis.htm
 31. Watson J. Gestalt: entendido como entidad unificada. Ponencia primer congreso internacional en enfermería. Facultad de enfermería y nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. Rev. Act. Enf. 2007; 10(4): 15-21.
 32. Meleis A. Nursing perspective. Chapter 6. In: Theoretical nursing: development and progress. 3 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 93-101. Traducción: Edilma Reales, profesora honoraria, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 2008.28.
 33. Molina M. El modelo de salud colombiano y la calidad de cuidado de enfermería. Rev. Aquichán. Chía Colombia. Año 6; 1 (6): 148-155.